|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arbeitsmarktliche Massnahmen AVIG  **Gesuch um Ausbildungszuschüsse**  Das Gesuch ist zusammen mit dem Formular „Bestätigung des Arbeitgebers betreffend Ausbildungszuschüsse“ und dem Lehrvertrag spätestens 8 Wochen vor Beginn der Ausbildung bei der LAM-Stelle (Logistik arbeitsmarktlicher Massnahmen) einzureichen. | Eingangsdatum |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname | SV-Nr. |
| PLZ, Wohnort, Strasse, Nummer | Geburtsdatum |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Haben Sie einen Beruf erlernt? |  | ja |  | nein |
| Falls ja, bitte nähere Angaben |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Zuletzt ausgeübte Tätigkeit als |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorgesehene Ausbildung als |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorgesehener Fähigkeitsausweis als |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorgesehener Arbeitgeber |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Beginn und Dauer der Ausbildung |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sind Sie unterstützungspflichtig? (Kinder, Alimente etc.) |  | ja |  | nein |
| Falls ja, bitte nähere Angaben |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Erhalten Sie Stipendien? |  | ja |  | nein |
| Falls ja, um welchen Betrag handelt es sich monatlich? | CHF | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Erhalten Sie anderweitige Unterstützung? |  | ja |  | nein |
| Falls ja, bitte nähere Angaben |  | | | |

|  |
| --- |
| **Begründung Ihres Gesuches** |

|  |
| --- |
| Ich bestätige, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben; auch nehme ich davon Kenntnis, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben strafbar mache. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort und Datum |  | Die/Der Versicherte |